Valdivieso (A)

D.

BREVE ESTUDIO

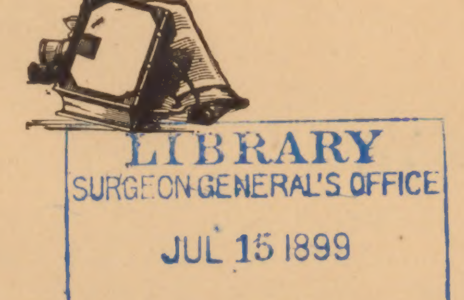
SOBRE LOS

QUISTES DEL OVARIO

Presentado por

Aurelio Valdivieso.

En su Exámen profesional de Medicina y Cirujía



LIBRARY
SURGEON-GENERAL'S OFFICE
JUL 15 1899

MÉXICO
Tipografía Literaria de Filomeno Mata
Núm. 5.—Canoa—Núm. 5.
1880.

BREVE ESTUDIO

SOBRE LOS

QUISTES DEL OVARIO

Presentado por

Aurelio Valdivieso.

En su Exámen profesional de Medicina y Cirujía



LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUL 15 1899

MÉXICO
Tipografía Literaria de Filomeno Mata
Núm. 5.—Canoa—Núm. 5.
1880.

MEIS

LAS primeras palabras en un escrito de los que nos exigen en el exámen profesional de medicina y cirujía, deben ser encaminadas á hacer ver que nuestro móvil, no es otro que acatar esa disposicion buena ó mala, sin pretension ninguna, que mal nos sentaria á los que apenas salidos de las aulas caminamos con vacilante paso en la escabrosa senda que han recorrido brillantemente los maestros.

Magna tarea seria presentar á mi jurado un trabajo digno de su ilustracion ó que siquiera valiera la pena de ser leido; pero ya que fin tan deseado por mí no puedo alcanzar, me propongo patentizar mi buena voluntad en hacer el último esfuerzo para optar el honroso título de médico.

He escojido como objeto de disertacion, los quistes del ovario, que en estos últimos tiempos hasido tema fecundo de discusiones académicas, y ha proporcionado abundante material y no escaso interés en las publicaciones periódicas. He retrocedido prudentemente ante la

empresa de comprender en este trabajo los quistes que asociados á otros elementos de nueva formacion (cisto-sarcoma, cisto-carcinoma) tienen por terreno la glándula ovárica, pues ademas de la extension que hubiera de dar á este cuaderno, tendria que tocar puntos que son todavía *desiderata* en la patologia clínica del ovario. Por esto, á pesar de los grandes adelantos conquistados por la moderna histología, solo me limito á los que merced á sus caracteres anatómicos han merecido de los autores el nombre de quistes fibro serosos.

Concluyo aquí esta pequeña introduccion y seguidamente entro en materia, confiado en la indulgencia que no dudo alcanzar, pues que es uno de los atributos del saber y la ilustracion.

I

Los quistes del ovario son grandes ó pequeños, por cuyo motivo algunos no son descubiertos sino en las autopsias, en tanto que otros se nos imponen por los tamaños que alcanzan; la forma que afectan puede decirse de una manera general que es la globulosa, aunque es modificada, cuando existen varios quistes, por la presion que ejercen los unos sobre los otros tomando así una forma alargada. Por la palpacion se reconoce que contienen un líquido cuyos caracteres describiremos despues; pero cuya consistencia puede sospecharse segun la claridad con que se manifiesta el fenómeno de la fluctuacion. Las paredes del quiste pueden ser delgadas y

trasparentes, adquiriendo otras veces un espesor considerable é infiltrándose por partes de sales calcáreas y de elementos cartilaginosos. La parte histológica completará estos caracteres que damos aquí á la ligera. Estos quistes pueden estar constituidos por una sola cavidad ó por varias, denominándose en el primer caso quistes uniloculares y multiloculares en el segundo. En estos últimos, las cavidades comunican entre sí frecuentemente; pero se encuentran tambien tumores de estos en los cuales los lóculos están perfectamente aislados é independientes, representando cada uno un quiste; lo cual les ha valido el nombre de quistes múltiples.

Los multiloculares, hemos dicho, tienen dos ó más sacos separados por tabiques, cuyo desarrollo no basta siempre á constituirlos independientes, sino que son paredes de separacion incompleta, que en ocasiones se presentan rudimentarias. Autores hay que creen que léjos de ser rudimentos de tabiques, son estos mismos que atrofiándose llegan á convertir los quistes multiloculares en uniloculares; de suerte que para ellos todos estos tumores en alcanzando cierto grado de evolucion tenderian á confundir sus diferentes cavidades en una sola. Esta opinion está consagrada especialmente á explicar el desarrollo de los quistes que derivan de una degeneracion coloide de los folículos de Graab.

No anticipamos la histogénesis y seguiremos describiendo estos tumores como se presentan macroscópicamente; así, pues, diremos que no solo se ven tabiques incompletos entre los diversos departamentos de un temor cistoide multilocular, sino que suelen encontrarse en los uniloculares haces fibrosas que van de un punto

á otro á guisa de cuerdas que subtenden sus respectivos arcos, que han sido comparados por Crurcilhier á arcos de sosten (arcs–boutants) y que sugieren la ídea de colocarlos entre los quistes uniloculares y los multiloculares.

Este mismo autor describió quistes uniloculares en cuyas paredes se hallan vegetaciones y que por este motivo apellidó vegentantes. Estas mismas vegetaciones son las que ha descrito Wilson Fox en los quistes que él llama prolíferos; segun él en los tabiques de un quiste no serian otra cosa que la fusion de estas excrecencias. Veremos la significacion que para otras autoridades tienen estas vegetaciones, haciendo observar por el momento la reserva que ha de tenerse con las antiguas observaciones de quistes de la especie de que tratamos, siendo de temerse la confusion con neoplasias quísticas que tienen por asiento la glándula ovárica, como por ejemplo el cisto-sarcoma.

No solamente las paredes de un quiste ofrecen al anátomo tabiques, bridas ó vegetaciones, que tambien encuentra otros quistes implantados en su superficie ó ahuecados en la pared misma; estos han sido designados por Hodgkin con el nombre de quistes compuestos, pudiendo encontrarse segun él aun quistes terciarios, es decir, quistes nacidos de las paredes de los secundarios; con esta ocasion al referir Lebert [1] los trabajos del doctor Hodgkin, en su mayor parte aceptados por Müller, hace notar la semejanza de los quistes hidáticos con estos tumores y recomienda su atento exámen, tanto mas

1 Lebe t: Physiologie pathologique. T. II.

cuanto que se hallan las dos especies no solo sobre el ovario, sino tambien en otros órganos de la economía. Antes de dar á conocer el líquido encerrado en los cistoides ováricos, permítaseme recordar que es muy comun en las autopsias encontrar un quiste voluminoso y otros pequeños agrupados en su base.

El líquido encerrado en los quistes varia mucho en consistencia, de tal modo, que si los hay que contengan un líquido seroso, los hay tambien con un contenido poco fluido y viscoso ú oleaginoso; el color no es siempre el mismo, puede ser amarillento, verdoso, color de café con leche ó tirando á chocolate. Pudiendo explicarse hasta cierto punto los cambios de coloracion por las diversas trasformaciones de la hematina que se encuentra juntamente con otras sustancias. La cantidad de líquido se eleva á veces á proporciones que bien merecen el epíteto de colosales y que solo reconocen por límite el de la extensibilidad del continente. Cuando el quiste es multilocular, no solo es diferente la cantidad de líquido de cada lóculo, que tambien varian la consistencia y color de una á otra cavidad quística. Fácilmente se comprende que en un quiste de departamentos varios, el contenido pueda pasar del en que se halla á otro, si el tabique de separacion no es completo. Por desgracia es raro que en un quiste de esta naturaleza una sola puncion baste á vaciarlo todo y las mas veces, sea por la fluidez del líquido, sea por la dificultad de la mú tua comunicacion no sale mas que el de la parte puncionada.

Respecto de la composicion química del líquido, se aproxima á veces á la del suero sanguíneo; esto es lo que caracteriza al contenido de los quistes que provie-

nen de la hidropesía propiamente dicha del ovario; pero lo comun es que se aparte de esta semejanza, tomando otros caracteres que han sido muy bien estudiados por Eichwald. Encuéntranse en él: celdillas, núcleos, gotas y detritus grasosos, cristales de colesterina, glóbulos sanguíneos, pigmento, etc., etc. Debemos decir dos palabras acerca del principio químico que mas llama la atencion; se le cree perteneciente á la familia de los albuminoides sin que se le haya asignado hasta ahora su verdadera composicion y naturaleza, se le ha dado el nombre de sustancia coloide. Segun el autor que citamos, se verifican dos séries de trasformaciones químicas en el líquido de los cistoides del ovario. Una de estas modifica la sustancia coloide, haciéndola pasar á peptona mucosa; la otra trasformacion consiste en que la albumina trasudada de la sangre se convierte en peptona albuminosa. La semejanza de estos fenómenos con los que pasan en la digestion, no puede ser mas grande; basta aquí el calor del cuerpo para hacer esta digestion de los principios del quiste contribuyendo eficazmente á hacer mas solubles los principios albuminoides y á que sea mas líquido el contenido de estos quistes.

Fáltanos hablar de la distribucion de los vasos en estos tumores y de como están implantados estos, en su orígen, es decir, el pedículo. Se entiende por pedículo el punto que corresponde al nacimiento del quiste, y por el cual pasan las arterias y venas que se distribuyen á sus paredes; no siempre hay un verdadero pedículo en el sentido estricto de la palabra, siendo muy frecuente que apenas haya línea de demarcacion neta entre el quiste y los tejidos sanos, ó que ni esta línea exista y el tumor

sea realmente sésil estando entonces obligado el cirujano en el momento de la ovariotomía á crearlo artificialmente.

Respecto á la distribucion de los vasos sanguíneos, hay que notar que las venas forman dos redes, una superficial y otra profunda, siendo la primera formada por las mas gruesas casi reducidas á su membrana interna, sostenida por tejido fibroso. Los vasos arteriales constituyen una red muy fina que avanza, casi como las venas hasta los tabiques de los quistes multiloculares; de suerte que no habria temor al hacer una puncion de una hemorragia de alguna consideracion, como lo ha probado ademas plenamente la práctica.

Para completar el estudio anatómico de los quistes del ovario, necesitamos pasarlos al campo del microscópio y allí brotarán conocimientos que nunca se hubieran conquistado á la simple vista ni con el ojo mas privilegiado. Es cierto que reina grande confusion de términos en las descripciones histológicas qu han antecedido á las de esta época y aun entre los libros que nos sirven de textos, sobre todo en lo que se refiere á las neoplasias que nacen en el ovario; por esto hemos tenido cuidado de hacerlas á un lado en lo que llevamos de este desaliñado escrito, fijándonos de preferencia en los quistes propiamente dichos y reservándo un lugar mas adelante para los que están mezclados con producciones de otra naturaleza; así pues, lo que vamos á compendiar es el resultado de las investigaciones hechas con el fin de conocer los tejidos elementales que entran en la composicion de los quistes y el orígen probable de estos últimos.

Válida corre la voz entre la mayoría de los autores,

que el orígen de estos tumores está en las vesículas de van Graaf, que han sido comparadas por Cazeaux á *quistes del ovario en miniatura*, las cuales por efecto de una hidropesia alcanzan las dimensiones que ocasionan frecuentemente la intervencion del arte; de esta manera se explican fácilmente el que los quistes sean uniloculares, multiloculares ó múltiples. Ademas se apoyan en que algunos de estos quistes conservan hasta cierto grado de su desarrollo el elemento característico, el óvulo, como en el caso tan citado en que Rokitansky encontró un óvolo en cada uno de los departamentos de un quiste múltiple. Les describen á estos tumores además del contenido una pared fibrosa de espesor variable que suele ser trasparente, pero que tambien adquiere grosor considerable a causa de las incrustaciones calcáreas ó cartilaginosas; envolviendo á esta se halla el peritoneo que en algunos puntos casi ha desaparecido. La pared está deprimida en el lugar correspondiente á la insercion de los tabiques. La membrana epitelial solo existiria en los quistes jóvenes y aun en estos no seria ni completa ni perfecta. A esto agregan la distribucion de los vasos sanguíneos que del pedículo ó de la base del tumor se ramifican en todo su espesor, formando una red arterial fina y ramos venosos de alguna consideracion que forman senos semejantes á los que se encuentran en otras partes de la economía.

Reconociendo que en todo esto hay algo justo, preferimos seguir la opinion de algunos histólogos, que si piensan que la mayor parte de los quistes nacen á expensas de los folículos de Graaf, hay para ellos otros que derivan del estroma del ovario; además el modo de for-

macion más general no seria el de una hidropesia. Rindfleisch que profesa esta opinion divide los quistes ováricos en tres clases: hidropesia de los folículos, tumores cistoides y quistes dermoides. La hidropesia no tiene nada particular, está constituida por la presencia de un líquido análogo al suero de la sangre en la cavidad del folículo. Estos quistes no reclaman la intervencion del arte, pues su volúmen rara vez llega al de una cabeza de niño, siendo comunmente del tamaño del puño.

La segunda clase es la más importante, tanto bajo el punto de vista anatómico como terapéutico. El exámen microscópico ha conducido á una division diferente de la clásica en uni y multiloculares, porque para él si esta es exelente en clínica no lo es en histologia puesto que está demostrado que cuando menos la mayor parte son multiloculares al principio y que solo por fusion se convierten en uniloculares. Tres formas describe, la primera es la de los que forman un tumor compuesto de varios lóculos ó de uno solo que puede medir hasta 70 centímetros de diámetro; la superficie del tumor es lisa y poco adherente; sus paredes un poco gruesas dan nacimiento por su cara interna á excrecencias papilosas, á vegetaciones y están tapizadas por epitelio cilíndrico; su contenido es un líquido de color amarillento. En estos cistoides encontramos los descritos por Fox con el nombre de prolíferos y que Cruveilhier llamó vegetantes. Están constituidos por laminitas de tejido conjuntivo muy delgadas, la última capa, la mas interior únicamente es la que está formada por tejido embrionario que da orígen á las vejetaciones papilares de que hemos hablado y que están cubiertas tambien por el epitelio

cilíndrico. Estas vegetaciones tienen importancia porque son las que formarán más tarde otros quistes segun un modo particular descrito por el histologista que hemos citado. Este modo de formacion de los quistes secundarios y terciarios es el siguiente: las excrecencias papilares en virtud de su propio desarrollo se llegan á tocar por varios puntos constituyendo de esta manera hendiduras, que en siguiendo su crecimiento, su recíproca presion aumenta y con ella la fusion de las ramificaciones que se han puesto en contacto y como á todo esto se agrega que están encerradas en una cavidad, es mas fá cil este encuentro y esta soldadura y de esta suerte se circunscriben cavidades que llegan á ser otros tantos quistes.

El orígen de esta forma de cistoides seria una degeneracion coloide de los folículos de van Graaf; la prueba directa y mejor de esta patogenia seria encontrar un óvulo en esots quistes, lo cual solo una vez ha sucedido examinando uno del tamaño de una cereza; pero á falta de prueba directa hay consideraciones que haciendo de pruebas indirectas conducen á creer en tal orígen. Desde luego debe tenerse en cuenta que nunca se han encontrado quistes mas pequeños que los foliculos de van Graaf; en seguida que todos aun los mas pequeños están revestidos de un epitelio que tiene los caracteres de los que cubren una superficie glandular, hasta el de renovarse poríodicamente; por último, esta forma dc cistoides se parece bastante á los tumores que ha descrito M üller en la glándula mamaria bjo el rubro de cistosarcomá filoide, en los cuales los papilomas intra-canaliculares y las excrecencias arborescentes al tocarse y

soldarse forman quistes, que son mas aparentes en los tumores análogos del ovario por originarse en una cavidad cerrada por todas partes; en virtud de esta semejanza es uno inducido á creer que como los unos, los otros tambien derivan de elementos glandulares preexistentes, es decir, de los folículos del ovario.

Tocante á la procedencia del líquido coloide que encierran, es de presumirse sea producto de secrecion mas bien que resultado de una involucion, de una degeneracion del protoplasma de las celdillas epiteliales.

La segunda forma de cístoides invade frecuentemente los dos ovarios; está caracterizada por un tumor que pasa del tamaño de una cabeza de adulto, compuesto de algunos grandes quistes y de otros pequeños y medianos. Sus paredes son fáciles de desgarrar y están formadas de tejido conjuntivo rara vez bien organizado aun en sus capas externas y en un corte se aperciben quistes pequeñísimos diseminados en toda la trama fibrosa. En muchos cistoides hay tabiques perforados ó cordones fibrosos romificados; en los pequeños estos cordones son reemplazados por filamentos muy finos que simulan una tela de araña y su contenido es gelatinoso, en tanto que el de los grandes es mas fluido y está mezclado á sangre ó á pigmento sanguíneo.

El orígen de esta segunda forma de cistoides no seria segun Rindfleisch, una degeneracion de los folículos, sino del estroma de la glándula; su punto de partida seria el reblandecimiento coloide de una parte del estroma conjuntivo. La sustancia coloide repeleria los elementos conjuntivos de este estroma y tenderia á tomar la forma globulosa, circunscribiendo un espacio arredondado,

atravesado por haces que mas tarde aparecerán como tabiques. Waldeyer piensa que estos cistoides emanan del tejido epitelial raro y rudimentario que se halla en el ovario del feto, fundándose en que examinando un ovario degenerado en cistoide, encontró algunos elementos epiteliales; en este supuesto habrian de considerarse como cisto-carcinomas coloides.

La tercera y última forma de cistoides del ovario es la que ha sido descrita por Cruveilhier con el nombre de quistes areolares ó vesiculares, está caracterizada por la degeneracion cisto-coloide de los ovarios que llegan al tamaño del puño. La superficie es lisa y á traves de la albugínea se ven quistes pequeños dispuestos unos al lado de los otros á manera de un mosaico. En un corte se reconoce que esta disposicion se continúa en el espesor mismo del ovario y que su distribucion es la de los folículos ováricos, están provistos de una memprana propia, sólida y nunca son mas pequeños que los elementos glandulares.

La tercera clase de quistes la forman los quistes dermoides; son tumores generalmente del tamaño del puño cuyo contenido ha llamado la atencion de los observadores por encontrarse en él juntamente con una sustancia sebácea, pelos, dientes, huesos y raras veces tejidos superiores. Sus paredes de estructura y textura análogas á las de la piel, tienen su epidermis con capa córnea y capa mucosa; las papilas de la piel no siempre se muestran, en cambio la capa grasosa existe y se confunde con el tejido conjuntivo ambiente. Se habia creido antes que estos quistes eran fetos rudimentarios, lo que no se admite hoy que con mejores nociones acerca de la

formacion de los neoplasmas, no se ve en todo esto sino una heterología, es decir, desarrollo de tejidos diferentes de aquellos en que están implantados. [1]

En resúmen, los quistes de ovario, se dividen en quistes que provienen de una hodropesia, quistes que derivan de una degeneracion caloide delos folículos de Graaf ó del estroma del ovario y quistes que deben su nacimiento á un neoplasma heterológico que consiste en el desarrollo de tejidos epidermoidales en la glándula ovárica.

Estas son segun pienso las mejores nociones que poseemos sobre la histogenesis de las producciones quísticas que son el asunto de este escrito.

Desgraciadamente si el microscópio ensancha aquí nuestros conocimientos anatomo-patológicos, y nos hace ver un poco claro allí en donde nos perdiéramos en vano en toda clase de conjeturas, nada nos hace adelantar en el escabroso terreno de la práctica y no aprovechamos ni sus divisiones que, exelentes para el objeto que se propone, no nos son útiles al lado de la enferma, en donde dominan poderosamente las exigencias clínicas de dignóstico y tratamiento. Por esto, á pesar de todo, seguirémos la vieja division de los quistes en uni y multiloculares por ser muy útil en la práctica.

Que no se nos crea por esto del número de los que oyen con desdeñosa sonrisa las enseñanzas que dia por dia conquista la histología normal y palológica; lejos de esto aceptamos con profundo respeto y grtitud lo que los ilustres trabajadores de este ramo de la medicina consignan como fruto de sus preciosas investigaciones;

1 Virchoro.

máxime que nosotros comprendemos el dominio justo en que se extienden sus conocimientos y no porque no sean estos de aplicacion directa al arte médica, nos creemos autorizados á despreciarlos, no, les damos el digno lugar que les corresponde y esperamos con fé que algun dia sean aprovechados de una ó de otra manera, pero siempre útil á la ciencia.

II

La segunda parte de este escrito está consagrada á dar una rápida ojeada sobre la etiología y sintomatología de los quistes del ovario.

Hay que confesar francamente que acerca de las causas de esta enfermedad se sabe muy poco; como sucede por lo demas en casi todas las cuestiones de la misma naturaleza, teniendo por esta razon que conformarse con la simple mencion de las circunstancias en que se ha observado. Qué mucho entonces que Nauche haya dicho que es una de las muchas afecciones dependientes de la escrofulósis; que haya algunos que han hechado mano de la causa banal de muchas enfermedades, del frio y que Capuron la atribuya al celibato, á la esterilidad y á la vejez y aun que las emociones violentas figuren en esta etiología. Es cierto que esta enfermedad no respeta edad ni estado, se la encuentra así en la niña como en la anciana, en la soltera y en la casada, en las que han tenido hijos y en las que no los han tenido. Algunos creen que son mas frecuentes en las mujeres de edad y

que no han tenido sucesion; Sprengel dice que en las religiosas y en las estériles, Lisfranc pensaba que los embarazos repetidos y el abuso del coito favorecen su desarrollo; Thomas concede gran valor etiológico al trabajo del parto, á la supresion brusca de la menstruacion y á laexcitacion del coito. Lo único que puede decirse respecto á esta cusetion, es que hay un relacion íntima entre la aparicion de un quiste y las perturbaciones de la menstruacion, pero no puede asegurarse que esta relacion sea de causalidad, pues como lo hace notar juiciosamente Labbé es muy comun que las enfermas observen al mismo tiempo ó muy poco despues el crecimiento de su vientre, de suerte que pudiera decirse que hay coincidencia. Sin embargo, diremos que estas perturbaciones han sido notadas por Scanzoni 37 veces sobre 57. Estas perturbaciones menstruales consisten en la amenorrea, la dismenorrea ó la irregularidad del flujo catamenial, siendo la primera la que con mas frecuencia se observa.

Terminaremos diciendo que, de todo lo que se ha escrito sobre etiología de los quistes ováricos, resulta: que habria dos factores de importancia para la produccion de los quistes, seria el uno la *constitucion general*, el otro una causa ocasional cualquiera, caida, golpe, etc. En el primero no están conformes todos en su interpretacion, así mientras unos pretenden que el organismo en su conjunto está viciado por una organizacion defectuosa (Solidistas) ó por un elemento extraño que existiera en los humores (Humoristas), otros creen con Virchow, que el d efecto del organisno es local.

Dejémonos de etiología que es muy oscura y nada provechoso nos enseña, pasemos á la sintomatología con

cuyo conocimiento abordarémos despues las importantísimas cuestiones de diagnóstico y tratamiento.

Los quistes del ovario tienen un período durante el cual ó nó manifiestan signo alguno de su existencia, ó este es tan equívoco que es imposible que por sí solo sea suficiente para diagnosticar el afecto cuya expresion es; en el primer caso es claro que la enfermedad efectuando silenciosamente su evolucion, no se revela á su víctima sino pasado un espacio de tiempo que por variable no consiente fija limitacion; pero que en venciéndose conduce, por medio de los síntomas de que hacemos mérito en el párrafo siguiente, á establecer su dignóstico y el tratamiento que le convenga; en el segundo caso en el que se revela por un signo equívoco, un exámen minucioso y una sana análisis de los fenómenos que encontremos, ayudados de todos los medios de exploracion solo terminarian en un diagnóstico conjetural, nunca en una certidumbre. Es inútil decir que los quistes de que hemos hablado en la anatomía patológica, que apenas sobresalen en la superficie del ovario y que reconocen por orígen una verdadera hidropesia, no solamente no son diagnosticables, pero ni aun llaman la atencion de las mujeres que los llevan; nos referimos á los que tarde ó temprano reclaman la intervencion del arte.

Cuando el proceso morboso ha llegado por su crecimiento á formar un tumor sea pelviano, sea abdominal el dignóstico puede y debe establecerse, pues los signos por los cuales se manifiesta aunque considerados aisladamente sean insuficientes por sí mismos, adquieren por su conjunto, grande valor que hemos de saber apreciar para no cometer errores de lamentables consecuencias.

Por otra parte, las enfermas no solicitan los auxilios médicos sino en estas últimas circunstancias. Por esta razon la existencia de un tumor y la apreciacion de sus caracteres toma tal importancia, que viene á ser la parte principal en el cuadro de la enfermedad. Cuando este tumor no ha pasado del tamaño de una naranja, no se revela á la vista, permanece en la cavidad pelviana y da lugar, como todo tumor encerrado en una cavidad, á síntomas de compresion é irritacion que consisten: en dificultad en la miccion y en la defecacion, sobre todo cuando está metido como una cuña entre el útero y el recto en el fondo de saco útero-rectal, contándose ya casos aunque raros, en que esta constipacion haya terminado en una oclusion intestinal con sus terribles consecuencias, como en el caso de Cruveilhier en que se descubrió á la autopsia que un quiste ovárico comprimia el recto produciendo su oclusion; tambien se observan en estos casos fenómenos disentériformes y algunas veces hemorroides.

En este período de la enfermedad se desarrollan algunos síntomas de órden reflejo, se hinchan los senos y se ponen dolorosos y á veces secretan leche, lo que unido á algunos malestares sufridos en las mañanas por las enfermas y á la supresion del flujo catamenial, puede hacer creer en una preñez incipiente, sin hablar de los casos que han presentado una semejanza completa en sus signos, con la preñez en sus primeros meses.

El tacto vaginal hace reconocer un tumor situado muy comunmente entre el útero y el recto, pero aun cuando las paredes sean delgadas, es muy raro percibir fluctuacion y lo mas que se obtiene es una sensacion de

renitencia. Para hacer esta exploracion vaginal, deben seguirse algunas reglas: despues de engrasar el dedo índice de la mano izquierda, debe introducirse suavemente en la vagina, dirigiéndolo hácia el fondo de saco vaginal, al mismo tiempo se comprime con la mano derecha arriba del púbis. Valiéndose de esta maniobra, es muy fácil comprobar el estado del ùtero, pues se halla cojido entre los dedos de la mano derecha y el índice de la izquierda; de esta manera se determinará su figura, sus contornos y su consistencia, si el orificio uterino está en su lugar, ó si está mas elevado ó mas bajo, repelido á un lado ó á otro; que cualquiera de estas posiciones puede tener. Además, miéntras el dedo introducido en la vagina explora la parte inferior, la superior y las laterales son exploradas por la mano derecha, y si á esto se añade el tacto rectal que da buenos datos, se habrá hecho un exámen tan completo como es posible. No debe olvidarse el reconocer si los ovarios están enfermos.

Si el diagnóstico de un quiste en el ovario es muy difícil cuando no ha franqueado el recinto pelviano, se facilita mucho cuando ha subido al abdómen por prestarse á un exámen mejor. En éste período, alarmadas las enfermas porque ven crecer su vientre, consultan al médico, en tanto que al principio, como algunas no sienten nada anormal por desarrollarse latentemente el quisto y otras solo sienten una molestia, un peso y ven suprimirse sus reglas, es muy frecuente que se descuiden ó bien si consultan un médico la enfermedad no es reconocida á causa de lo equívoco de sus síntomas.

Los quistes de mediano volúmen invaden la cavidad abdominal rechazando los intestinos hácia arriba y há-

cia atrás y cuando por su tamaño llegan al epigastrio, las perturbaciones que causan son mas acentuadas y se parecen á las que causara un útero grávido, verémos mas adelante cómo debe hacerse la distincion entre la gestacion y la degeneracion cistoide del ovario; por ahora bosquejaremos los caracteres que ofrecen cuando han pasado del extrecho superior. Se presentan bajo la forma de un tumor globuloso ú ovalado; por la palpacion, si las paredes son depresibles, se puede circunscribir y comprobar su movilidad ó su fijeza, siendo raro lo primero y frecuente lo segundo. Se halla generalmente arriba de los púbis, sin poder saber si antes ha ocupado uno ú otro lado del abdómen; si este dato puede recojerse servirá para enseñarnos cuál de los ovarios es el enfermo.

Con la palpacion se determina no solamente la forma y el grado de fijeza, sino tambien el volúmen y los límites del tumor; procura datos sobre la consistencia en los diferentes puntos de su superficie; la fluctuacion es uno de los fenómenos que se aprecian con este medio de exploracion y que se debe buscar, puesto que es muy importante; por desgracia no siempre es clara, puede ser oscura y hay que conformarse con un sensacion vaga de elasticidad y renitencia, que nos hace suponer la existencia de un tumor líquido. Hay mas, no se siente fluctuacion cuando el contenido es espeso, ó cuando la cavidad cística está dividida por tabiques, ó que sus paredes son gruesas, como en el caso en que están incrustadas por sales calcáreas ó elementos cartilaginosos; pero aun en el caso de percibirse fluctuacion, es difícil apreciar la ondulacion del líquido, es decir, el fenómeno que

consiste en la sensacion experimentada en una mano posada en el tumor, miéntras que la otra percute en el punto opuesto; fenómeno producido por la trasmision al líquido de las vibraciones nacidas de esta manera en las paredes císticas.

La percusion no deja duda sobre la presencia de un tumor abdominal, pues el resultado de ella es un sonido mate extendido en toda la region del tumor, pudiéndose de este modo trazar sus límites. Al tocar estos va desapareciendo gradualmente el carácter del sonido hasta tornarse en sonido claro que indica la presencia del tubo intestinal, así, en el epigastrio denotará la presencio del estómago y del cólon transverso, cuya una parteestará bajo del hígado y la otra se irá á colocar en elhipocondrio correspondiente. La auscultacion generalmente no da signo alguno, y es muy raro que se oiga un soplo como asegura Churchill haberlo oido en un caso.

El tacto vaginal es otro medio de exploracion que debe emplearse, y sobre cuyos datos y *modus faciendi* hemos hablado mas arriba. Lo mismo decimos repecto al tacto rectal. Se valen tambien muchos del cateterismo del útero para conocer los cambios que este órgano ha sufrido, sea respecto á su longitud, sea respecto de la direccion de su eje. Es preciso confesar que muy rara vez sufre un alargamiento considerable y que la exploracion de la cavidad uterina no ofrece grande utilidad. Solo agregaremos que cuando el quiste es bastante voluminoso, el útero lejos de estar elevado está bajo y aun en prolapsus.

Los síntomas que despiertan los quistes que han franqueado el extrecho de la pélvis, son un poco diferentes de los que ofrecen los que no lo han franqueado. La menstruacion puede haberse restablecido, ser regular, irregular, ó bien, lo que es muy raro, hay hemorrágias. La dificultad de la miccion da lugar á veces á la incontinencia, y la constipacion puede haber desaparecido; pero como el tumor necesita espacio proporcionado á su tamaño, la compresion de los órganos abdominales aumenta mas y mas, y de ahí perturbaciones que alcanzan al corazon y al pulmon. El estómago no funciona bien y las enfermas se quejan de palpitaciones y dispnea causadas por el rechazamiento del diafragma. La cantidad de orina, unas veces disminuye y otras queda la misma; en una ocasion Portal [1] refiere que por la compresion de los uréteres y de los riñones la orina no podia salir. Las irradiaciones reflejas de que hemos hablado, pueden persistir: los senos continúan voluminosos y sensibles, y secretan un líquido semejante á leche; las irradaciones reflejas pueden remontar hasta el bulbo y traducirse en ataques histéricos. Las funciones genitales pueden quedar intactas como lo prueban abundantemente los casos de preñez en mujeres portadoras de un quiste.

La salud general que puede quedar buena durante mucho tiempo, empieza á quebrantarse á causa de la compresion é irritacion del estómago, pues sobre ser poca la alimentacion ingerida, no es aprovechada por ser muy frecuentes los vómitos; además, comienza á haber accesos de dolores de vientre con fiebre y calos-

1 Citado por Churchill en su tratado de enfermedades de mujeres.

frio, accesos que se repiten con mas ó menos frecuencia; esto no quiere decir que en los otros períodos de la enfermedad no los haya habido, sino que en esta época avanzada del mal, son mas graves, pues contribuyen poderosamente á deteriorar el organismo. Este llega á caer en un estado de caquexia, en que ni el primero ni el último término de la nutricion se efectuan bien, y en que por consiguiente camina derechamente á la muerte.

La marcha que sigue la enfermedad es generalmente lenta, necesitándose años para que llegue á ocasionar los síntomas de que hemos hablado en el párrafo precedente y la restriccion que pongo aquí es exigida por la fuerza irresistible de los hechos que enseñan que hay casos en que la marcha ha sido rápida; que en pocos meses el quiste ha tomado dimensiones inquietas. Ha sucedido tambien que habiendo comenzado esta enfermedad rápidamente, quede estacionaria, y esto durante muchos años, para tomar despues, sin que á veces pueda saberse la causa, nuevo incremento. Si se han referido observaciones de breve evolucion, hánse publicado tambien las de tumores, que sin grandes molestias, contaban hasta cuarenta años de edad.

Se dice que esta enfermedad puede, aunque muy remotamente, terminarse por resolucion; pero puede y mas frecuentemente, terminarse por la muerte. Esta es ocasionada por el tamaño desmesurado del quiste y por la inflamacion de éste comunicada á la serosa abdominal, ó por su ruptura en el abdómen. Esta ruptura no es siempre funesta á pesar de la terrible aparicion de la peritonitis como sucedió en un enferma de Lebert [1]

1 Lebert: Physiologie pathologiqne.

En algunos casos, á causa de una inflamacion, se establecen adherencias no solo en la pared abdominal, si que tambien con los órganos vecinos: intestinos delgado y grueso, hígado, vaso, útero, etc. Estas adherencias tienen altísima importancia bajo el punto ne vista del tratamiento.

El quiste se ha abierto á veces despues de estas adherencias en alguno de estos órganos, y la enferma ha curado ya por algun tiempo, ya para siempre.

III

Para llegar á formular el diagnóstico de una enfermedad, es indispensable conocer bien los signos que le son propios y que la distinguen de otras que por sus analogías clínicas pudieran confundirse con ella. De esta necesidad práctica ha surgido la division en signos patognomónicos y signos no patognomónicos ó equívocos; siendo los primeros aquellos que su sola presencia encamina derechamente al conocimiento de la enfermedad, en tanto que los segundos no bastan á la resolucion de este problema clínico. Mas las enfermedades no presentan siempre signos que nos lleven como de la mano al diagnóstico; al contrario, es muy comun encontrar estados patológicos que para caracterizar individualmente hay que tener en cuenta todas y cada una de las partes que forman su cuadro sintomatológico, y como dice el Sr. I. Velasco *valorizarlas* y traer en cnenta tambien los anamnésticos, circunstancias en que han nacido, etc., etc. Esto complica mucho como se comprende fácilmente, la tarea del médico,

y hace muy resbaladizo el terreno que pisa; ademas, no basta conocer la enfermedad que se tiene delante, sino que se deben hacer todos los esfuerzos posibles para saber su sitio, extension, grado de evolucion, naturaleza simple ó complexa, etc.; pues solo así se ha de formar un juicio exacto de mucha importancia por dar orígen á otros de no menor trascendencia: *pronóstico y tratamiento.*

Estas consideraciones sobre el diagnóstico en general no pierden su fuerza cuando se trata de los quistes del ovario y los errores que se registran no dejan duda á este respecto, pues aun cuando algunos sean imputados á inexcusables descuidos, quedan otros que hablan muy alto en pró de las dificultades á veces casi insuperables ante las cuales viene á estrellarse la sagacidad médica. En efecto, una exposicion didáctica nunca puede abrazar las múltiples y variadas circunstancias que modifican las condiciones, al lado de la enferma, para diagnosticar los quistes ováricos. Así estos á causa de su estructura, que hemos visto puede cambiar, originan síntomas diferentes que si no se sabe con fijeza el sitio del mal, ocasionan deplorables extravios, como ha sucedido mas de una vez á personas respetables. Esta enseñanza como todas las que emanan de la experiencia nos debe hacer muy cautos para emitir nuestro juicio diagnóstico acerca de esta enfermedad; en estos casos mas vale sacrificar la brillantez del diagnóstico á un resultado que, si obtenido sin lucimiento, es en cambio mas valioso para el médico y para el enfermo; además, debemos penetrarnos, sobre todo los que estamos apénas en el comienzo de la profesion, que la rápida apreciacion

de los síntomas (que se ha dado en llamar brillantez) es muchas veces rasgo de génio y que estos no se encuentran ni con mucho á cada paso. La satisfaccion que ha de anhelarse no es el establecer instantáneamente el diagnóstico, sino que este sea exacto y tan completo como es posible. Por estas razones recomendamos que el exámen de la enferma sea completo, que no se perdone medio ninguno de exploracion, logrando de este modo evitar un error; debiendo advertir que algunas veces á pesar de todo, el diagnóstico puede ser equivocado.

Pudiera decirse que un quiste del ovario se caracteriza perfectamente sobre todo cuando sale de la pélvis, por su marcha que en general es lenta, por el lugar en que ha comenzado, por su implantacion en el ovario que ha de reconocerse por el tacto, por la movilidad, por la fluctuacion que bien percibida y unida á los datos del tacto vaginal y rectal, es de un valor precioso; tambien el estado de la salud general que se conserva bien en esta enfermedad, debe entrar en línea de cuenta; no obstante recorrerémos prontamente algunos estados que pueden confundirse con el objeto de nuestro estudio y tratarémos de diferenciarlos. Entre estos está la preñez que á pesar de los excelentes estudios de que ha sido objeto y de lo extraño que parezca su confusion con un quiste ovárico, ha sido cometida, y esto por especialistas de justo renombre como Spencer Wells, lo que quizás bastaria á fijar nuestra atencion.

Cuando un quiste tiene edad incompatible con la de una preñez, es evidente que la equivocacion no es posible; pero sin haber sobrepasado la duracion de una pre-

ñez fisiológica, el tumor que forma un quiste puede imponer á primera vista y hacer creer en aquella si el médico se conforma con un exámen superficial, mas aun si es bastante crédulo y se deja influenciar por la relacion de la enferma, que muchas veces de mala fé y otras de buena, extravian á aquel y lo hacen caer en un error de lamentables consecuencias. En efecto, la forma y el tamaño del tumor se parecen mucho en los dos casos; pero la palpacion por sí sola puede indicar que se trata de un quiste cuando la superficie de éste es gibosa, puesto que no se observa esto en útero grávido. Además el tacto por la vagina y por el recto da á conocer que el ovario es el sitio del mal, que el útero (excepto en casos raros) conserva sus caracteres fisiológicos en e cuello y en el cuerpo. Tampoco es de despreciar el dato sobre el lugar en que ha tomado principio la enfermedad, si este se adquiere con certeza. En una época avanzada de la preñez, es difícil sufrir una equivocacion, pues el *signo cierto* por excelencia, que indica con seguridad la existencia de un feto: los dobles latidos del corazon, no deja absolutamente duda. Existe otro signo entónces: el ruido de soplo; pero como ha sucedido que por efecto de la compresion de un grueso tronco arterial se haya oido este ruido de soplo, no tiene tanto valor como el de los dobles latidos, sin embargo, debe tenerse presente lo que dice Depaul, que el ruido de soplo en el embarazo no es acompañado de una impulsion como el soplo arterial. Hay tambien otre signo que quita toda vacilacion, los movimientos y desigualdades del feto. Se ve por todo esto cuán difícil es tomar una preñez por un quiste ovárico, y se puede asegurar que casi

siempre se la conocerá, y que se necesitan circunstancias de tal manera funestas, para causar un error, que se las puede contar como muy excepcionales. Es mas fácil confundir una preñez de los dos ó tres primeros meses con un quiste de ovario; no existiendo entónces ni movimientos, ni peloteo, ni ruido de corazon fetal, se tendrá que tomar en cuenta todos los signos de probabilidad, presuncion y certidumbre y reconocer, si es posible, el sitio del mal, tratando al mismo tiempo de darse cuenta del estado del útero. Solo así se pueden distinguir estos dos estados; que por lo demas, el tiempo nos traerá los signos de que hemos hablado arriba.

Una preñez tubárica ó del ovario, para ser distinguida de un quiste, se deben tener en cuenta las circunstancias en que se ha producido, y tambien los signos de la existencia de un feto vivo; por fortuna rara vez se presenta un caso semejante.

En fin, puede haber coincidencia de un embarazo y de un quiste ovárico y en estos casos las dificultades de diagnóstico aumentan por la confusion de los signos de la una con los del otro.

La ascitis que presenta semejanza con un quiste cuya fluctuacion fuese clara, no presenta límites bien marcados, cambia cuando se varía la posicion de la enferma, lo que no pasa con un quiste. Este dá un sonido mate en toda la extension del tumor, y un sonido claro en el epigástrio y en los flancos y esto aun cuando se acueste la enferma de uno ó de otro lado, miéntras que en la ascitis al cambio de posicion sigue un cambio correlativo en los resultados de la percusion.

El exámen por la vagina dará á conocer el estado del

útero y el exámen por el recto el crecimiento del ovario. Además, en la ascitis hay siempre una lesion que puede explicarla y la salud general que está bastante quebrantada, en tanto que en un quiste ovárico se conserva bien durante mucho tiempo.

Entre las enfermedades del útero, los tumores fibrosos, los fibro-miomas subperitoneales ó los intersticiales que sobresalen en la superficie, serán distinguidos en que por el tacto se apreciará su continuidad con el tejido del útero, en la presencia de otros de la misma especie que sobresalen en la cavidad uterina ó vaginal, en los otros síntomas, entre los cuales se encuentran las hemorrágias que tan ráras son en los quistes.

Para terminar el diagnóstico diferencial, dirémos que, es muy difícil conocer las neoplasias que se desarrollan en el ovario y que las malignas solo pueden presumirse por las perturbaciones graves de la salud general. Lo que digo aquí respecto á esta dificultad, se aplica á los quistes hidáticos del ovario que, sumamente raros, podrian solamente ser reconocidos por una puncion exploradora ó por el *extremecimiento hidático*.

Para completar el diagnóstico de un quiste del ovario, no basta haberlo reconocido, es necesario saber hasta donde es posible, qué especie de contenido tiene, si está constituido por uno ó por varios lóculos, si está ó no adherido con los órganos vecinos. Esto es lo que brevemente harémos en las líneas siguientes.

El contenido del quiste puede ser de una consistencia más ó ménos grande, ser muy fluido ó muy espeso; en el primer caso, la fluctuacion percibida es muy clara; en el segundo, esta fluctuacion es muy oscura; pero como

no solamente el líquido tiene influencia sobre este fenómeno, sino que tambien la tiene el continente, oponiéndose ó no á su produccion, resulta que la oscura ó nula fluctuacion de un quiste nos indicará una de dos cosas: ó que el líquido es espeso ó que está encerrado en varios lóculos. En este último caso, la onda líquida no se siente en todos los puntos del tumor, pero se sierte en algunos puntos, falta la fluctuacion general, pero en cambio hay fluctuaciones parciales. Estas fluctuaciones parciales no son de la misma naturaleza en los diferentes departamentos del quiste, pueden variar de carácter siendo en una parte francas y en otra oscuras, indicando que el líquido contenido en un lóculo es mas viscoso que en otro. Al mismo tiempo es posible percibir por la palpacion algunas desigualdades y gibitas en la superficie del quiste, que nos indican poco más ó ménos el estado de sus paredes. En los quistes multiloculares la salud general es ménos buena que en los uniloculares. Sabiéndo apreciar justamente todos estos datos, se puede uno formar un juicio acerca de la bolsa quística.

Pasemos al contenido y veamos si se presta á un diagnóstico más ó ménos aproximado. Cuando el líquido es seroso la fluctuacion es franca, neta, se parece á la de la ascitis y se percibe en todos los puntos del quiste. Si la consistencia aumenta estos caracteres van siendo ménos y ménos marcados; de suerte que si el líquido es viscoso, aceitoso, ó de una densidad análoga, la fluctuacion es oscura, no es neta, no llega á la mano con prontitud y facilidad, sino con cierta dificultad, como desalojándose pesadamente; pero hay que añadir que aunque sean

tales sus caracteres se perciben en todos los puntos del quiste.

El líquido será más ó ménos colorido, cuando haya habido algunos signos de inflamacion, punzadas, dolor ligero en el vientre, etc. Si la enferma ha perdido el apetito, si padece vómitos, si tiene diarrea y una fiebre lenta y contínua que la vaya enflaqueciendo más y más; se puede anunciar con probabilidad que el líquido es purolento, pues estos son los síntomas que anuncian estar efectuándose un trabajo de supuracion.

No es suficiente saber que hay un quiste y un quiste del ovario, que es probablemente uni ó multilocular, que contiene un líquido que parece de tal ó cual consistencia, sino que las exinencias prácticas demandan un juicio siquiera sea aproximado acerca del estado de aislamiento en que se encuentra el quiste; se sabe en efecto que el cirujano es detenido al prácticar la ovariotomía por las adherencias que fijan el quiste á las visceras con que está en relacion ó á lo pared abdominal; pues además de constituir un obstáculo al desprendimiento del quiste, son por su vascularidad capaces de dar una hemorragia que por las maniobras que exije, suscita motivo mas que suficiente á la inflamacion del peritoneo, y por lo mismo es de consecuencias fatales á la enferma. Por desgracia, á pesar de la grande importancia práctica inherente á esta cuestion, no es fácil, sino antes bien, difícil y problemático conocer: si existen esas adherencias, si se extienden de todos los puntos del quiste á las partes vecinas y si son débiles ó fuertes. Pero si hay atraso para emitir un diagnóstico exacto acerca de estas adherencias, no debe entenderse que por este motivo se

desechen los signos que se dan para establecerlo; lejos de esto la mision del médico ántes de resolverse á la ovariotomía, es conocerlas y para esto necesita mucho cuidado y emplear todos los medios conducentes sometiendo los resultados que obtenga, á un análisis rigoroso. Sucede así por lo demás en toda cuestion difícil de clínica, el médico con pocos datos tiene que aguzar su inteligencia para resolver tal ó cual problema; de suerte que no debe causar extrañeza el encontrar puntos difíciles en el diagnóstico de los quistes ováricos.

Dicho esto, veamos cuáles son los signos del aislamiento ó de las adherencias que puede haber contraido un qüiste; podemos dividirlos en dos clases, los primeros han sido dados como signos físicos, son: 1.° el fácil deslizamiento de la pared abdominal sobre las partes anterior y lateral del tumor, indica que no hay adherencia entre ambos; si por el contrario no hay esta movilidad, habrá adherencias. 2.° Si estando sentada la mujer, el quiste sobresale entre los músculos rectos, este quiste estará libre segun Lee; 3.° Si se han creado adherencias, el tumor no bajará cuando la enferma haga profundas inspiraciones.

La segunda clase de signos que pueden llamarse racionales, consisten en la apreciacion justa de la marcha de la enfermedad, en averiguar si ha habido alguna vez dolores en el vientre, fiebre, vómitos, etc., en una palabra, si ha habido ó hay signos de peritonítis. Este diagnóstico retrospectivo es importante, porque la peritonítis da lugar generalmente á adherencias; pero es probable sino seguro, que no haya adherencias cuando faltan los

signos de la flogosis peritoneal, pues esta puede ser latente y haberlas producido.

La clase á que pertenece el quiste, indica algo en el asunto de que se trata. En general un quiste de un solo seno no es adherente, miéntras que los de varios lóculos contraen frecuentemente lazos de union con los órganos vecinos; una puncion anterior seguida de inyeccion puede tambien ocasionarlos; de manera que en el interrogatorio debe inquirirse si ha habido antes algun tratamiento. Por último, la puncion del quiste podria aclarar no solo este punto de diagnóstico, sino otros relativos al contenido y al número de lóculos. Así lo hizo el señor profesor Lavista en la enferma que poco despues operó con éxito en el Hospital de San Andrés.

Una vez que por sus caracteres propios hayamos reconocido un quiste del ovario y que por los diferenciales lo hayamos distinguido de todo lo que puediera parecérsele; una vez que sepamos de que especie de quiste se trata, cuál es probablemente su contenido y conformacion, cuál su marcha, &c., estaremos autorizados á emitir nuestro juicio sobre la suerte reservada á la paciente. En efecto, de ahí y solo de ahí, surgirá un pronóstico que no comprometa la reputacion del médico. En abstracto solo puede decirse que el pronóstico es grave, puesto que la marcha natural de la enfermedad indica que ésta tarde ó temprano conduce su víctima á la muerte.

IV

El tratamiento de los quistes del ovario es del dominio de la cirujía; no se cree ya absolutamente en la eficacia de la terapéutica médica; los diaforéticos, los diuréticos, los purgantes, los fundentes y los resolutivos no han dado ningun resultado y me parece perfectamente justo lo que decia Boyer, que no pueden curar la hidropesía enquistada del ovario ni retardar su marcha; pueden sí, ser perjudiciales desarreglando las funciones digestivas.

La cirujía dispone de medios que curan radicalmente esta enfermedad y cuando por motivos que expresarémos, no puede intervenir enérgicamente, tiene recursos paliativos que oponer á la incurabilidad del mal. Esta incurabilidad está limitada á pocos cosos bien determinados; pues que ha perdido en el grandioso movimiento de la cirujía en este siglo, la acepcion que antes tuviera. En efecto, era esta enfermedad que se consideraba superior á los recursos del arte, cuando aparecieron los dos principales métodos curativos que aun hoy se disputan la supremacía à saber: la puncion seguida de inyeccion y la ovariotomía ó extirpacion del ovario. El primero ya empleado por el doctor R. C. Williams (de Lóndres) y el doctor Alison (de Indiana) ha sido formulado por Boinet con tal maestría que se le considera como su creador y como autoridad eminente en este

asunto; el segundo de orígen americano, aunque mas antiguo que el anterior no ha sido sancionado sino hasta estos últimos años.

Con el objeto de que haya algun órden en la suscinta exposicion que del tratamiento vamos á hacer, dividirémos este en dos partes: tratamiento paliativo y tratamiento curativo. Diremos en qué consiste el primero y cuáles son sus indicaciones. Respecto del segundo estableceremos las indicaciones de los medios de que se vale, darémos una rápida ojeada á las precauciones que requieren y al manual operatorio que les es propio y en seguida por un estudio comparativo nos formaremos un juicio más ó ménos exacto sobre lo que debe pedirse y sobre lo que esperarsa debe de cada uno de ellos.

El tratamiento paliativo consiste en dar salida al líquido contenido en el quiste; esta pequeña operacion se práctica con un trocart provisto de su cánula, que no ha de ser de pequeño calibre para que el líquido, si tiene alguna consistencia, pueda correr fácilmente; pero tampoco ha de tener gran diámetro, porque si es cierto que el líquido tendria en este caso fácil salida, se exprondria uno á hacer una gran abertura en el quiste y este vertiria parte de su contenido en el peritoneo; accidente que debe evitarse por más que haya líquidos císticos perfectamente tolerados por aquella serosa como lo prueba la tentativa de curacion hecha por Maisonneuve, en un quiste cuya pared dividió con una aguja de catarata, para provocar el escurrimiento del líquido en la cavidad abdominal; esto no obstante, como no sabemos si el líquido á que vamos á dar salida es ó no inocente, nuestro deber será procurar evitar todo aquello que tenga pro-

babilidad de causar siquiera sea el menor incidente. Por tal motivo, escojeremos un trocart de mediano calibre que no nos exponga ni á uno ni á otro inconveniente; pudiendo aprovechar los aspiradores usados hoy en los cuales pueden servir las cánulas de pequeño diámetro.

El lugar que se elige para hacer la puncion es la pared abdominal, aunque se haya aconsejado hacerla por el recto y por la vagina (Récamier). Cuando el quiste es unilocular se introduce el trocart en la línea blanca á igual distancia del púbis y del ombligo, ó bien hácia afuera aproximándose al ligamento de Poupart, evitando herir la arteria epigástrica y del lado en que ha tomado nacimiento la enfermedad. Si el quiste es multilocular, se hace la puncion en los puntos más salientes. De todos modos ántes de introducir el trocart, debe uno reconocer si hay víscera entre el tumor y la pared abdominal, valiéndose para esto de la percusion y del cateterismo, la primera hará saber si hay alguna asa intestinal; el segundo si la vejiga está adelante del tumor. Introduciendo el trocart (lo que ha de hacerse con rapidez), se saca éste dejando la cánula por la que correrá el líquido; al mismo tiempo se comprimirá el vientre para que el escurrimiento sea continuo y evitar así que el aire penetre en la bolsa quística, pues provocaria en esta la inflamacion y la supuracion; por lo demás es accidente este que puede evitarse, si con la precaucion ántes dicha se tiene la de adaptar á la cánula un tubo de cauchuc que se sumerje en el trasto que sirva de recipiente, ó haciéndo uso del aspirador que se opone eficazmente á la entrada del aire. Se deja salir todo el líquido; pero si se observa que la enferma está amenazada de síncope,

debe detenerse uno inmediatamente hasta su restablecimiento ó aplazar para otra sesion el dar salida á lo que quedara. Concluida la operacion se saca bruscamente la cánula, teniendo cuidado de deprimir con la otra mano, la piel y de sostenerla en el lugar del piquete. Despues se cubre este con una cruz de Malta y se hace una compresion metódica con *ouate* y un vendaje.

Hemos dicho en que consiste el tratamiento paliativo y las precauciones que requiere su manual operatorio; si nos hemos detenido algo en la manera de ponerlo en práctica, es porque si insignificantes, no por eso se deben despreciar las pequeñas circunstancias que á veces son causa de reveses que desaniman al jóven cirujano. Vamos á asentar las indicaciones que reclaman este tratamiento: la puncion simple está indicada siempre que un quiste inoperable, ù otro para el cual no se ha juzgado conveniente emplear tratamiento radical; llegan á proporciones tales que la vida de las enfermas se hace insoportable. Tocante á los quistes inoperables no entro por ahora en ninguna explicacion; pero respecto de aquellos para los cuales no se ha empleado medio curativo y que forman parte de las indicaciones de la puncion simple, si debo hacerme comprender. Hay quistes, como lo hemos dicho al tratar de la anatomía potológica y de la sintomatología, que se desarrollan con una lentitud tal, que no ocasionan ninguna perturbacion séria, y que por consiguiente deben ser respetados; no hay para estos mas que la sábia expectacion. Creo que lo mismo debe hacerse con los quistes mixtos, es decir, con los que están mezclados con producciones malignas que han podido ser sospechadas, pues bien, en estos casos, lo re-

pito, no debe haber intervencion, lo mejor es esperar. Pero si la enferma por su edad (caso de quiste lento) no debe ser tratada radicalmente, cuando la enfermedad toma alguna gravedad, ó si el quiste mixto exigiera intervencion; soy de opinion que se emplée el tratamiento paliativo. Tambien se practica este cuando hay juntamente un quiste y un embarazo, si aquel por su volúmen ó su situacion, opone sério obstáculo á la continuacion de este, ó á su desenlace fisiológico. Estas son las circunstancias en que ha de emplearse la puncion; pero para completar lo que á ello se refiere, diremos que se ha empleado como medio diagnóstico (puncion exploradora) y que se la ha querido elevar al rango de medio curativo, fundándose en algunos casos en que ha desaparecido el quiste despues de su empleo. Como medio diagnóstico presta excelentes servicios y hemos hablado ya de él; solamente es necesario penetrarse bien de su uso para no caer en el abuso.

Para concluir lo relativo á la puncion, debemos decir que expone á algunas consecuencias que no por raras han de pasarse en silencio, tales son, la peritonitis causada por el simple piquete, que si ligera y parcial á veces, produciendo simplemente adherencias; se registran casos en que se ha generalizado. Hemos dicho que en el momento de la puncion, cierta cantidad del líquido puede caer en la cavidad peritoneal, produciendo el mismo accidente, no insistiremos mas, añadirémos que tocante al tratamiento subsecuente, la puncion repetida puede comprometer mucho su buen resultado, por lo cual el abuso del trocart debe ser condenado.

Tratamiento curativo. Los diferentes métodos de este

tratamiento se dividen en tres grupos: puncion seguida de inyeccion, incision y extirpacion ú ovariotomía; el primero trata de modificar la superficie interior del quiste sin dejar entrar el aire, el segundo pone en comunicacion el quiste con el aire y el tercero quita el quiste por completo.

El primer método tiene por reglas segun Boinet: 1 ? Dar salida al líquido contenido en los tumores enquistados sin correr el riesgo de un derrame abdominal, 2 ? inyectar tintura de iodo en la bolsa ovárica si está en condiciones convenientes; en pocas palabras, proceder como en la hidrocele simple; 3 ? en los casos complicados, dejar una cánula á permanencia, cuando el quisto ha disminuido considerablemente con la intencion de procurar una salida al líquido y de poder lavar frecuentemente y de hacer inyecciones de tintura de iodo cuando se juzgue conveniente. Sentadas estas bases veamos cómo se procede á la operacion. Se escoge un trocart grueso provisto de su cánula y se introduce en el quiste procurando acercarse al punto en que ha tomado nacimiento, y hácia el cual se retraerá despues de vaciado, es decir, arriba del ligamento de Falopio y afuera de la línea de la arteria epigástrica. Se deja correr el líquido, en seguida se adapta á la cánula una jeringa destinada á hacer la inyeccion. Esta se hará inmediatamente despues si el líquido es seroso; pero si es espeso ó purulento deberán hacerse préviamente inyecciones de agua tibia. Boinet aconseja sustituir á la cánula metálica, una sonda de goma larga y flexible, pues esta sonda, dice, se adaptará mejor á la jeringa y además siendo larga y flexible, no se escapará fácilmente del interior del quiste.

La sustancia inyectada ha variado mucho, la que se prefiere y la que aconseja Boinet, es la siguiente: Agua destilada 100 ó 150 gramos, tintura de iodo 100 gamos, ioduro de potasio 4 gramos; esta solucion debe ponerse en contacto con las paredes del quiste y para lograrlo se la deja 5 ó 10 minutos y se fricciona el tumor, así como se recomienda á la enferma inclinarse unas veces de un lado, otras del otro. Despues se saca la inyeccion por medio de la aspiracion hasta que no corra ni una sola gota, en este momento se saca bruscamente la cánula. No insistiremos sobre las demás precauciones, por haberlas ya indicado en la puncion paliativa. De recomendarse es que la enferma permanezca 24 horas acostada sobre el lado opuesto al de la puncion.

Esta operacion no causa generalmente dolor cuando se ha tenido cuidado de que no caiga líquido ninguno en el peritoneo, ni en el piquete hecho en la piel, en este último caso sufren ligeramente al nivel de la pequeña herida; pero en el primero no solamente el sufrimiento es mayor sino que ocasiona una peritonitis sobre cuyo pronóstico no hay necesidad de detenerse. Es cierto que como dice Boinet, la reaccion despertada por esta operacion es ligera en general; pero es raro que no se susciten dolores de vientre al cabo de algunas horas traduciendo una peritonítis parcial que como ya hemos dicho puede hacer nacer algunas adherencias. Con estas ligeras perturbaciones vienen algunas veces signos de iodismo que nada inquietantes son.

Hemos descrito rápidamente el modo de proceder de Boinet por ser el mas usado; pero se han inventado instrumentos con el objeto de evitar no solo la entrada del

aire, sino tambien para que la cánula no se escape de la cavidad cística; tal es el instrumento propuesto por Buys, en el que cuatro resortes de oro impiden que la cánula se salga y un disco de *baudruche* aplicado sobre la piel, junta la pared abdominal con la pared anterior del quiste.

Las indicaciones de esta operacion pueden resumirse así: los quistes uniloculares de contenido seroso están en las mejores condiciones para operarse. Los quistes uniloculares que por contenido tienen un líquido espeso y de difícil escurrimiento, no están en buenas condiciones y se necesita dejar una sonda á permanencia despues de la inyeccion. La coloracion del líquido indica en general que ha habido algun trabajo inflamatorio en los quistes y entran tambien en esta última categoria. Cuando el quiste es multilocular, la inyeccion tendrá buen resultado si éste se aproxima por sus caratéres á un quiste unilocular simple, y es de pocos lóculos, es decir si el contenido es de buena naturaleza. En resúmen el quiste unilocular simple y de contenido seroso, es el tipo de las indicaciones de la inyeccion modificadora; en todos los otros casos el éxito no seria constante y aun se tendria que recurrir á la sonda á permanencia.

Poco nos detendrémos en el segundo método aplicado á la curacion de los quistes ováricos, consiste en poner en comunicacion con el aire la cavidad de éstos. Con este objeto se hace una incision procurando préviamente que se establezcan adherencias entre la cara anterior del tumor y la pared abdominal, para lo cual se hace uso de los cáusticos segun el procedimiento de Récamier para los quistes hidáticos de hígado. La primera aplicacion de cáustico se hará en una extension suficiente para pro-

curarse una abertura bastante ámplia, pues como se sabe esta ha de formar la base de un cono cuyo vértice truncado corresponderá á la pared del quiste. Este procedimiento requiere tiempo para llevarse á cabo; pero tiene la ventaja de que al abrir el quiste ya se han creado adherencias que previenen la caida del líquido en la cavidad peritonial. Algunos no hacen uso del cáustico, emplean el bisturí cortando capa por capa, ó como quiere Begin cortando en un solo tiempo la pared abdominal incluso el peritoneo. Otros despues de cortar la pared cística reunen con puntos de sutura sus lábios á los de la pared abdominal. El procedimiento de Boinet consistente en hacer una puncion y sustituir á la cánula una sonda de goma que se deja á permanencia, puede considerarse como perteneciendo á este método puesto que permite el acceso del aire.

Cualquiera que sea el medio que se emplee, es importante que se averigüe el lado en que ha comenzado la enfermedad para que allí se practique la abertura, evitando así que quede despues de la curacion un pedículo largo que ocasione dolores, estiramientos y aun sea una causa predisponente de estrangulamiento intestinal; además la curacion será menos lenta y el establecimiento de una fístula menos fácil, si la abertura de la pared del quiste está mas cerca del punto hácia el cual ha de retraerse.

Este método curativo exige muchos cuidados por parte del médico y una gran resistencia por la de la enferma. En efecto han de hacerse lociones repetidas de líquidos desinfectantes y modificadores y se necesita mucho tiem-

po para obtener la curacion y esto en medio de los peligros inherentes á una larga supuracion.

Respecto de las indicaciones diremos que es procedimiento que se ha usado para los quistes de contenido viscoso ó purulento; mas adelante apreciaremos su valor.

Sus riesgos fácilmente se comprenden, son: la peritonitis, la piohemia y la septicemia.

La ovariotomia es el tercer método que se ha propuesto para la curacion radical de los quistes ováricos y que ha dado ya exelentes resultados. Este método como se sabe, consiste en abrir la cavidad abdominal, extraer el quiste (en el caso particular de que nos ocupamos) dividir su pedículo, extirpando de este modo el tumor formado por aquel. Se ve por esto que es una de las operaciones mas delicadas y de las que ponen á prueba no solo la habllidad operatoria del cirujano, sino todas las cualidades que ha de reunir para haberse formado juicio exacto sobre la enfermedad y para impartir los cuidados consecutivos que han de coronar dignamente su obra.

No es ya el dia en que se protestaba enérgicamente contra la ovariatomia como una operacion temeraria y en *extremis.* La célebre discucion en el seno de la academia de medicina de Paris, en la que casi fué proscrita la ovariotomia, no tiene actualmente influencia en Francia, en donde como en América y en Inglaterra, ha tomado definitivamente rango quirúrgico. Entre nosotros tambien ha gozado de disfavor y hasta estos momentos no queda todavía limpia de descrédito; sin embargo ha entrado ya en el número de las operaciones que practican nuestros cirujanos y creo no ser desacertado si afirmo que la ovariotomia tan brillantemente practicada por

el Sr. Lavista, debe ser parte importante á levantar esta operacion á la altura á que se halla en Europa.

Prescindiendo de las exageraciones de los ardientes (iba á decir sistemáticos) partidarios de la ovariatomia, así como de las ideas de los cirujanos que todavía tienen un pié en el pasado; vamos á asentar suscintamente las indicaciones y contra-indicaciones de esta operacion. Nada diremos de las buenas condiciones generales requeridas por todas las grandes operaciones y de la aquiescencia obtenida de la enferma por el convencimiento que de la necesidad de operarse tiene y que se subentiende facilmente.

La operacion está indicada cuando la enfermedad sigue una marcha progresiva y amenaza sériamente la vida de la enferma. Cuando la enfermedad aunque *in statu quo* y sin causar sufrimientos y perturbaciones funcionales continuas, produce sin embargo el debilitamiento y el enflaquecimiento; es de hacerse la operacion. Los quistes uni ó multiloculares de mediano volúmen que no tienen adherencias y de pedículo largo y estrecho están en las mejores condiciones para operarse. Entre estos naturalmente los uniloculares libres, de contenido seroso ó albuminoso y pediculados son los que están en primera línea. A medida que el contenido adquiere mas consistencia y coloracion, ó que se vuelve purulento y que pierde su libertad; el éxito de la operacion disminuye proporcionalmente. La operacion se hará algunos dias despues de la época menstrual, aunque segun Kœberlé, las reglas no parecen tener influencia sobre aquellas. Algunos recomiendan no recurrir á esta operacion sino despues del empleo de las inyecciones iodadas, otros

creen que esto puede acarrear obstáculo á la ovariotomia y agravar mucho su pronóstico en razon de las adherencias que es muy comun se produzcan despues de las inyecciones.

Las contra-indicaciones surgirán del estado general, de las condiciones morbosas del ovario, de la edad de la enferma y de ciertas circunstancias particulares. Así es que una enfermedad grave concomitante, como el tubérculo, el cáncer, un afecto orgánico del corazon etc. son motivos para no intervenir. La edad avanz. la, el volúmen excesivo del tumor, la dificultad ordinaria de los erutos; son circuntancias desfavorables. La abstencion es de regla cuando hay una preñez concomitante ó cuando el diagnóstico es dudoso. No debe intervenirse cuande el quiste se desarrolla lentamente y sin causar graves perturbaciones.

El pronóstico de la ovariotomia es muy grave sobre todo despues de la mitad de la vida y fuera de toda causa de error en el diagnóstico. La enferma puede morir durante ó despues de la operacion á causa de perturbaciones nerviosas profundas, de hemorragia, de agotamiento, de peritonítis sea inmediata, sea consecutiva. El pronóstico es menos grave cuando el estado general es bueno, que el tumor es mediano, unilocular sin adherencias, que el pedículo es suficientemente largo para ser llevado fuera del abdómen.

Antes de proceder á la operacion, necesario es tomar precauciones que se refieren no solo á la enferma sino tambien al local en que ha de practicarse. A la enferma se le prescribirá la víspera un purgante aceitoso, y se procurará evitarla cualquier enfriamiento y si es posible

se le cubrirá con franela como lo recomienda Spencer Wells. Se escojerá un local bien aereado con bastante luz y que tenga una temperatura constante (20°). Deben tenerse preparadas muchas esponjas finas y limpias y un arsenal quirúrgico que nunca puede ser grande si se atiende á que esta operacion es de las que exigen un aparato instrumental que corresponda no solo á las exigencias de su manual, sino tambien á todas las eventualidades que pudieran surgir; de suerte que bien puede decirse con el Sr. Lavista que este arsenal ha de ser abundante y hasta lujoso. Como lo hizo este mismo profesor han de prepararse lienzos que servirán para aplicarlos á los lados de la incision, llevados préviamente á la temperatura del cuerpo por medio de una inmersion en agua que tenga esta temperatura. Es de procurarse un pulverizador de Lister, que funcione durante toda la operacion. Se preparará juntamente con todo esto, ligaduras, percloruro de fierro, cauterios, agua caliente ó tibia *ouate* vendas etc.

Llegado el momento de la operacion, se distribuyen los papeles á los ayudantes, que han de ser en número suficiente y que sepan corresponder satisfactoriamente á la confianza que en ellos deposita el cirujano. Los principales son los siguientes: Uno que se encargue del cloroformo, mision importantisima que es supérfluo encarecer, pues que la vigilancia que tan activa tiene siempre el que cloroforma en una operacion, en esta sube de punto por su duracion, y además porque la enferma debe estar completamente cloroformada; de suerte que es papel dificilísimo, de que no puede encargarse sino á una persona de reconocida habilidad. He visto desempeñar

muy satisfactoriamente este difícil encargo al Sr. profesor Bandera en la ovariatomia que practicó el año próximo pasado el profesor Lavista. Dos ayudantes sostendrán las piernas de la enferma; otro fijará el abdómen y el quiste poniendo á plano sus dos manos sobre el vientre cerca del ombligo; otro que sostenga el vientre hácia abajo; dos que tienen la mision mas importante, despues del operador; colocados á los lados de éste, siguen solícitamente todos sus movimientos, prestando con toda oportunidad y actividad sus servicios en todos los tiempos de la operacion; uno de ellos enjuga con esponja la herida, cuida de los lienzos aplicados á la herida y vigila que no entre líquido alguno en el peritoneo; el otro liga los vasos é inclina, cuando se necesite, el quiste del lado conveniente; si el líquido se escapa por los lados de la cánula, liga esta á las paredes del tumor, ayuda á destruir si hay necesidad las adherencias, etc. En la operacion que se hizo en el hospital de San Andrés, estos papeles estaban á cargo, si mal no recuerdo, de los Sres. Liceaga y San Juan, cuyos nombres bastan á dar cabal idea de la excepcional destreza con que fueron desempeñados. Otros ayudantes se encargan de pasar los instrumentos, de tener prontos los lienzos y esponjas que se necesiten, de que no falte agua caliente ó tibia, etc., etc. He mencionado los ayudantes que por lo ménos se necesitan para esta grande operacion. Indicaré, para concluir, que los instrumentos deben estar bien limpios, así como las manos del operador y de los ayudantes principales, disponiéndose agua para que se laven siempre que lo juzguen necesario.

Tres tiempos pueden considerarse á la operacion: la

incision de la pared abdominal y del peritoneo, la extirpacion del quiste y aseo del abdómen, y por último, la reunion de la herida. Muy por encima describiremos estos diversos tiempos de la operacion. Cuando todo está dispuesto y que la enferma está cloroformada, el cirujano se coloca al lado de la enferma ó bien adelante, como si se fuera á hacer la talla. La incision se hace entre el púbis y el ombligo; su longitud, que se ha discutido mucho, ha de ser suficiente para poder maniobrar, prolongándose, si necesario fuere, hasta el epigastrio. Despues de cortar capa por capa la pared abdominal y de detener toda hemorrágia por insignificante que sea, se corta el peritoneo sobre una sonda acanalada. En este momento se descubre el quiste. Lo primero que debe hacerse es introducir el dedo y aun la mano para buscar las adherencias. Si es posible, se destruyen las abdominales; las del ombligo y de los intestinos serán destruidas despues de la puncion, cuando estén mas á la vista. Cuando el quiste es unicular y libre, se procede á la puncion; en este momento debe tenerse mucho cuidado para que no entre ni una sola gota de líquido en la cavidad peritoneal; ya hemos dicho que los ayudantes principales deben ser muy diestros, porque á ellos está encargado este papel. Cuando el quiste se ha vaciado, se procede á la extraccion, no sin haber limpiado antes perfectamente los bordes de la herida y el tumor mismo. Cuando el quiste tiene adherencias, se desgarran con algunas tracciones las anteriores, y las que lo unen á las vísceras serán cortadas entre dos ligaduras. Pudiera recurrirse al galvano-cauterio. A veces las adherencias son fuertes y extensas, y la operacion no puede llevarse

á cabo, recurriendo entonces á la *incision*. En un caso semejante he visto proceder así al Sr. Fénelon. Si el quiste es multilocular, se harán punciones para vaciarlo y se hará con las adherencias si existen, lo que acabamos de decir con las de los uniloculares.

El trocart ha varido mucho, puede decirse que cada operador tiene el suyo. Sin embargo, es de recomendarse el de Kœberlé.

Ya que se ha vaciado el quiste se extrae, y si el pedículo es largo se le liga sólidamente, se le lleva al ángulo inferior de la herida y abajo de esta ligadura se le constriñe con un *clamp* ó *clipper*. Este instrumento inventado por Hutchinson ha sido muy modificado, y no insistiremos en sus modificaciones. Si el pedículo es corto se imitará á Kœberlé que hace uso en este caso de un *aprieta nudos* ó se liga en masa y se fijan los hilos en el ángulo inferior de la herida. Kœberlé tiene un *clamp* y un *aprieta nudos* en cuya descripcion no entraré.

Llegados á esta parte de la operacion, no queda mas que cortar el tumor y hacer con el cuidado mas minucioso un aseo completo, limpiar perpectamente la pequeña pélvis y el abdómen, lo que exige tiempo y paciencia; pero que debe hacerse con la mayor solicitud. Se colocan en su lugar todos los órganos que momentáneamente se hayan adelantado hácia la incision. En seguida se reune la parte superior de la herida por medio de dos suturas, una superficial y otra profunda, pudiendo asegurarse además la primera por medio de vendoletes. En la parte inferior está el pedículo constriñido por el *clamp* ó por el *aprieta nudos*, y se procurará que allí

mismo se reunan todas las ligaduras que se hayan puesto.

Despues de trasportar á la enferma á la cama que se ha dispuesto, Spencer Wells pone sobre el vientre una bolsa de cauchuc llena de agua caliente y sostenida con franela. Kœberlé al contrario, pone de cada lado de la herida dos vejigas de hielo.

El reposo, el silencio, etc., etc., todo lo que se recomienda despues de las grandes operaciones, es de precepto tambien en esta. Una posicion del tronco un poco elevada para facilitar el trasporte de los líquidos hácia la pequeña pélvis. Las lociones detersivas, los toques al pedículo con percloruro de fierro, son de recomendarse.

No tengo la intencion de describir la marcha de la curacion, y solo indicaré para concluir, que las causas que producen mas frecuentemente la muerte, son: el agotamiento nervioso, una hemorragia interna que si por sí sola no causa la muerte, esta es producida por la peritonitis consecutiva, la septicemia y la peritonitis, siendo estas dos últimas las de mayor contingente.

Debiera completar el tratamiento con la descripcion del método electrolítico, pero no hago mas que mencionarlo porque hasta hoy no ocupa un lugar importante en la terapéutica de los quistes ováricos.

Ahora que hemos recorrido los diversos recursos de que se vale la cirujía en el tratamiento de los quistes ováricos, tratarémos de apreciarlos hasta donde nos sea posible; habrémos de estimarlos, no solo por los resulta-

dos que alcancen, que tambien los riesgos que les son inherentes deben pesar en la balanza del cirujano.

Entre estos recursos curativos no cabe duda que dos son los principales, los únicos que harán fluctuar una determinacion, dando la preferencia ora á uno ora á otro, no solo segun el caso particular que en consideracion se tenga, sino tambien segun las ideas que respecto de ellos se haya formado el cirujano. Estos recursos son: la puncion seguida de inyeccion y la ovariotomía. Veamos los elementos de esta importante cuestion.

El método de las inyecciones ha dado, sobre todo en manos de Boinet, muy buenos resultados; pero tambien hay registrados numerosos reveses. Una estadística de este autor ha dado 64 curaciones en 130 operaciones, y si enfrente estampamos una estadística de Kœberlé ó de Spencer Wells, verémos tambien que no son menos halagadoras; la del primero da en un total de 100 operaciones 71 éxitos y 29 inéxitos; la del segundo en 250 ovariotomías 72 curaciones por ciento. De suerte, que atendiendo únicamente al resultado de la estadística, habria de darse la preferencia á la ovariotomía, pero las inyecciones no exponen, ni con mucho, á los peligros de esta. De ahí que se tema tanto emprender la extirpacion del ovario, pues como hemos visto su gravedad es imponente; no queremos decir por esto que la inyeccion iodada no comprometa la vida de la enferma, pues que sabemos que las estadísticas de esta operacion tienen su parte sombría por las muertes que ha causado; sino que la otra las produce en mayor número y está rodeada de incidentes y peripecias que además de exigir habilidad operatoria, requiere extraordinarios cuidados consecuti-

vos. La ovariotomía tiene la inmensa ventaja de hacer radical la curacion, de volver á la mujer á la vida comun, y como las inyecciones iodadas con sus riesgos correspondientes, no curan siempre la enfermedad, resulta que la *extirpacion* halla un justo lugar en el tratamiento de los quistes ováricos.

Este lugar es el que debe preocuparnos, dejando á los sistemáticos que ven en todo quiste la indicacion de extirparlo, ó se oponen abiertamente á la operacion. No hay por lo tanto mas que saber, conocer cuando se han de emplear las inyecciones, y cuando se ha de práctícar la ovariotomia. Es claro que no se puede decir de una manera absoluta,cuándo ha de darse la preferencia á una de entre ellas. La determinacion surgirá de las condiciones de cada caso particular.

Creemos, sin embargo, que entre las indicaciones de las inyecciones iodadas que ha formulado Boinet, hay una que siempre que se presente no debe vacilarse en el tratamiento, á saber: el quiste unilocular, simple, libre y de contenido seroso y fluido, es curable por el método de las inyecciones. Es para nosotros el caso tipo de las indicaciones de este método, pues ha dado excelentes resultados, y como generalmente estos quistes no comprometen formalmente la vida, la ovariotomía que es una operacion bastante peligrosa, no puede competir con el otro método, solo temeríamos provocar si no tenia éxito la inyeccion, las adherencias y otras complicaciones que se opusieran mas tarde á una curacion radical.

En los casos de quistes uniloculares de contenido espeso ó viscoso, la eleccion es mas difícil, pues mucho depende de un buen diagnóstico que abrace el conoci-

miento de la naturaleza, marcha, adherencias y complicaciones del tumor, así como la edad, constitucion &c., de la enferma. Nada debe menospreciarse por alcanzar estos preciosos datos, que de ellos y solo de ellos surgirá el método curativo. Esto que acabamos de decir, se aplica por completo y con mayor razon á los quistes multiloculares. No debemos perder de vista en esta eleccion, que las adherencias extensas y vasculares, son una formal contraindicacion á la ovariotomía, aun cuando las demás circunstancias no sean desfavorables, máxime si el contenido del quiste es purulento; pero tambien debemos tener presente que cuando la enfermedad sigue una marcha progresiva y amenazante y que hay una enorme extension de la bolsa, el único camino seguro es el de la ovariotomía, con todos sus peligros, inclusο el de la muerte inmediata. No debemos detenernos por el grave pronóstico de esta operacion, sino decir con el Sr. Lavista: "Siempre que aun nos queda un "recurso, por peligroso y atrevido que sea, con tal que "nos dé la esperanza de arrancar una víctima á la muer-"te, nos creemos obligados á emplearle, y jamás nos ha "ocurrido que faltamos á nuestro deber como hombres "científicos, pues no queremos que la ciencia haga mi-"lagros y nos conformamos con llenar nuestro deber." [1]

Algunos cirujanos aconsejan emplear primeramente las inyecciones y despues prácticar la ovariotomía, si con aquellas no se logra nada; en caso de seguir este consejo, extremo cuidado ha de tenerse para evitar las consecuencias de la primera operacion, que como hemos

1 R. Lavista. Gaceta médica de México, tom. XIV, núm. 19

dicho podrían traer sérios obstáculos y aun formales contraindicaciones á la segunda.

Quedan aun casos en que ni las inyecciones, ni la extirpacion son aplicables y en que el cirujano se puede ver forzado á intervenir; entónces puede recurrirse á la incision, canalizacion, ó á la sonda á permanencia que recomienda Boinet, estos casos son: aquellos en que el quiste está fuertemente adherido y su contenido es purulento.

Podemos resumir lo referente al tratamiento en las conclusiones siguientes, que asentamos con la natural timidez del que sin práctica, y con escasos conocimientos, se atreve á presentar un estudio sobre asunto de la trascendencia del presente.

Hay casos en que por la lentitud de la enfermedad, y por las pocas ó ningunas perturbaciones que causa, la expectacion es de precepto.

El tratamiento paliativo está indicado en determinadas condiciones que hemos especificado. Consiste este en la puncion simple de la que no debe abusarse.

En el tratamiento curativo debe guiar sobre todo un diagnóstico extraordinariamente exacto.

Las inyecciones iodadas, son de preferirse cuando el quiste es unilocular, simple, libre y de contenido seroso y fluido.

La ovariotomía está indicada particularmente, cuando el quiste sigue una marcha progresiva y amenazante,

que su bolsa está muy extendida, y que no haya formales contraindicaciones.

La incision, la canalizacion ó la sonda á permanencia solo se emplearán, cuando precisado el cirujano á intervenir, el quiste tenga fuertes adherencias y contenido purulento.

FIN.

